

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 10

Contribution à l'étude
des
Adénomes solitaires du foie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri FROMENT

Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie

Né le 29 Septembre 1905 à TOULOUSE (Haute-Garonne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ADÉNOMES SOLITAIRES DU FOIE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553621_0030

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1920-1931 N° 10

Contribution à l'étude
des
Adénomes solitaires du foie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Novembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri FROMENT

Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie

Né le 29 Septembre 1905 à TOULOUSE (Haute-Garonne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE
Assesseur M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie Interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOËL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FAVRE, *président* ; Jh. T. MARTIN, *assesseur* ;
DECHAUME et BERNHEIM, *agregés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

Je dédie ce modeste travail en
témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Professeur d'Anatomie pathologique

Médecin des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il reçoive l'expression de notre
vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-M. MARTIN

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse ; nous l'assurons de notre pro-
fonde gratitude.

A TOUS MES MAÎTRES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ADÉNOMES SOLITAIRES DU FOIE

Introduction

Avant d'exposer le plan de notre thèse, il est pour nous un agréable devoir à remplir : c'est celui de remercier les Maîtres qui nous ont donné les directives de ce travail.

Que M. le Professeur Favre veuille accepter l'hommage respectueux de notre gratitude. Nous le remercions pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli au laboratoire d'Anatomie Pathologique, et pour l'enseignement qu'il nous a si largement dispensé pendant plusieurs années dans son service de l'Hôtel-Dieu.

Notre reconnaissance va également tout entière à M. le Professeur Agrégé J.-F. Martin. C'est lui qui nous suggéra ce travail et nous aida au cours de son exécution. Nous lui gardons un souvenir reconnaissant pour la façon si aimable et toute amicale dont il nous a toujours reçu pendant les deux années où nous avons travaillé dans son laboratoire.

Ce travail, effectué au laboratoire d'Anatomie Pathologique, envisage la question de l'adénome soli-

taire du foie, non pas d'une manière purement histologique mais bien dans sa généralité. La partie anatomo-pathologique a été magistralement traitée par Cathala, la partie thérapeutique par Caumartin ; il nous a paru utile de traiter la partie clinique. Nous pouvons joindre ainsi la partie technique et l'étude clinique, les deux doivent d'ailleurs rester unies. Nous ne pouvons ici que souscrire à ces mots que le Professeur Favre écrivait en tête d'un récent numéro du *Journal de Médecine de Lyon* : « ... Notre dessein n'est pas de donner à ce numéro un caractère purement technique. Nous voulons qu'une large part y soit faite à des travaux où l'Anatomie pathologique soit étroitement associée à la clinique. Les études anatomo-cliniques sont de tradition dans l'Ecole Lyonnaise. C'est une tradition utile et féconde à laquelle nous voulons rester fidèle. »

C'est dans cet esprit qu'a été rédigée cette thèse.

Après un bref rappel de l'histoire des adénomes du foie, nous rapportons les deux cas d'adénomes récemment publiés à Lyon et deux autres observations intéressantes et toutes nouvelles.

Puis nous abordons la partie clinique et le long chapitre du diagnostic différentiel qui domine toute la question.

Nous terminons enfin par une brève discussion sur la conduite à tenir et la thérapeutique à envisager.

Historique

L'historique de l'adénome solitaire du foie est court. Les observations publiées jusqu'ici sont encore bien rares, et les plus anciennes parmi elles ne datent que de quelques dizaines d'années. Il est d'ailleurs assez délicat de bien interpréter les cas rapportés vers le milieu du siècle dernier ; la partie histo-pathologique est très restreinte, et souvent les auteurs ont décrit purement et simplement la tumeur sans nous indiquer l'état du parenchyme hépatique environnant. Il est bien probable que dans bon nombre de cas il devait s'agir de formations adénomateuses au sein d'un tissu de cirrhose, telles que les décrivent Hanot et Gilbert.

Le cas le plus ancien qui nous soit connu paraît être celui décrit par Wagner en 1861, qui décrit dans le ligament suspenseur du foie de deux enfants, âgés l'un de 2 mois et l'autre de 9 jours, un assez grand nombre de petites tumeurs formées de travées hépatiques anastomosées, circonscrivant des lacunes hématiques. Il s'agit là, sans doute, de petits adénomes extra-hépatiques. La même année Wagner décrit un adénome acineux chez un homme de 39 ans.

Puis Griesinger, trois ans plus tard, fit une communication sur un cas remarquable. Il s'agissait d'un

homme de 47 ans, qui, entre autres troubles, présentait un foie assez gros, à la surface duquel la palpation révélait de nombreuses tuméfactions dures atteignant le volume d'un œuf de pigeon. Le sujet mourut dans le coma et la cachexie après avoir présenté de l'ictère et de l'ascite. A l'autopsie, on vit que les tumeurs étaient formées de cellules hépatiques disposées en cylindres pleins ou creusés d'une cavité centrale, et entourées d'un kyste fibreux revêtu d'une couche endothéliale sur sa face interne.

De nombreuses observations furent publiées dans les quelques années qui suivirent, en France par M. Lancereaux, et surtout en Allemagne par Kolb, Friedreich, Hoffman, et enfin par Willigk. Le cas rapporté par ce dernier est d'ailleurs le seul qui soit indiscutablement un adénome solitaire du foie. L'observation est d'autant plus intéressante qu'il s'agissait d'une vieillard de 85 ans. Plus tard, en 1876, Kelsch et Kiener citent deux observations d'adénome du foie avec cirrhose. Ils divisent les cas connus alors en deux groupes :

Dans le premier entrent les cas de tumeurs multiples dont la structure se confond avec celle du tissu hépatique normal, sans déviation de type cellulaire, et ces auteurs, à la suite de Kolb, les considèrent comme des formations fœtales.

Dans le deuxième groupe entrent les cas (Grieseinger, Kelsch et Kiener) où les cellules sont groupées en cylindres creux ou non, qui offrent l'aspect de glandes tubulées.

C'est là un premier essai de classification de ces

tumeurs du foie, mais il faut noter que les auteurs n'ont pas fait de différenciation entre les cas avec cirrhose et les cas sans cirrhose.

Dans les années qui suivirent, paraissent : soit des études de la question, telle que celle de Pilliet, la thèse de Gilbert, la thèse de Sabourin ; soit des observations rapportées par Darier, Engelhardt, Herxheimer, etc...

Puis en 1910 parut une étude fort intéressante faite par MM. Renon, Geraudel et Monier-Vinard, ainsi que la thèse de ce dernier, intitulée « Sur un nouveau type de tumeur primitive du foie : l'hépatome ». Cet hépatome est une tumeur maligne primitive qui s'accompagne de cirrhose. On a des îlots parenchymateux en voie de dégénérescence au sein desquels naissent les noyaux néoplasiques. Ces noyaux, en se développant, envahissent les vaisseaux. Les auteurs disent : « ... quel que soit le degré d'envahissement des vaisseaux il n'y a pas de métastases. ...En dehors du foie l'hépatome meurt... l'hépatome n'a rien d'un cancer ». Cathala a, par la suite, repris cette étude et il admet que l'hépatome n'est autre qu'un adénome à tendances malignes et accompagné de cirrhose ; et il montre en outre qu'il est faux de dire que l'hépatome n'a rien d'un cancer puisqu'il apporte des observations de métastases extra-hépatiques : cas de Brault et Masson (généralisation à l'épiploon et au péritoine), cas de Parcelier et Fromaget (généralisation pulmonaire), cas de Catsaras (métastase fémorale).

Depuis 1910, de nouvelles observations ont été publiées. Relevons tout particulièrement celles de Rilbert ; celle de Lecène, qui est d'un intérêt de tout premier

ordre, du fait de la précision avec laquelle l'auteur rapporte l'examen histo-pathologique de la tumeur qui était « un adénome hépatique pur, infiltré d'angiome ».

Citons enfin le cas observé par Duvé.

Puis, en 1921, paraît la thèse de Cathala. C'est là un ouvrage capital, qui a fixé les conceptions que nous avons aujourd'hui sur cette question. L'auteur a poussé à fond l'étude anatomo-pathologique des adénomes, et il en a donné une classification que tous les auteurs ont acceptée. Cathala distingue deux formes nettement différenciées :

Le Dysembryome hépatique simple: forme bénigne.

L'Adénome solitaire à tendances malignes.

Nous aurons d'ailleurs à revenir plus loin sur cette classification.

De 1920 à 1930, nous pouvons citer les observations de Duval, Hartmann, Grey Turner, Marino, Farani, Grégoire, et enfin celle de Moulonguet, celle de Petit-Dutailis et Donguet et celle de Ch. Aubertin, que nous rapportons dans cette thèse,

A Lyon, deux cas observés récemment, l'un par le Professeur Chalié, l'autre par le Professeur Laroynne, et étudiés au laboratoire d'Anatomie Pathologique par MM. les Docteurs J.-F. Martin et Croizat, ont fait l'objet de ce travail.

Enfin l'an dernier, à Paris, fut soutenue la thèse de P. Caumartin, qui exposa l'ensemble de la question des adénomes, et étudia tout particulièrement les techniques chirurgicales pour l'ablation de ces tumeurs.

En résumé, l'étude des adénomes solitaires du foie

resta confuse jusqu'au début du siècle actuel, puisqu'antérieurement on faisait mal la différenciation des cas avec ou sans cirrhose. Et il faut en arriver à la thèse de Cathala pour trouver enfin un exposé clair et un groupement simple et logique de tous ces faits assez complexes.

Rappel anatomo-pathologique

Cathala, avons-nous dit, a remarquablement étudié et simplifié la question des tumeurs solitaires du foie, et l'on peut dire qu'actuellement le point final a été posé par sa thèse inaugurale. Pour résumer brièvement l'ensemble des notions acquises aujourd'hui à ce sujet, nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à Cathala lui-même sa classification et ses interprétations.

Les adénomes sont les plus fréquentes des tumeurs solitaires du foie, et ce sont « *des tumeurs primitives développées aux dépens des cellules hépatiques et caractérisées par : une limitation exacte et un enkystement parfait — et un développement dans un foie indemne de tout processus d'hépatite chronique* ». Seul, l'adénome solitaire répond à cette définition, et non pas l'adénome avec cirrhose (Thèse de Sabourin), l'adéno-cancer avec cirrhose de Hanot.

Les adénomes solitaires peuvent se ranger dans deux groupes :

Les dysembryomes simples ;

Les adéno-épithéliomes.

LE DYSEMBRYOME HÉPATIQUE SIMPLE :

La tumeur est enveloppée d'une capsule dans laquelle elle est énucléable ; cette capsule est parfois épaisse et irrégulière.

Le volume de la tumeur est variable, la consistance ferme et élastique ; la couleur est différente, selon les régions, la polychromie est de règle.

Au point de vue histologique :

La tumeur est divisée en une série de lobes par des expansions de la capsule. Dans ces lobes on a des amas compacts de cellules cubiques, écrasées les unes contre les autres. On ne trouve plus l'ordination trabéculaire normale centrée par une veine, on n'a pas non plus de travées enroulées. De loin en loin, des cavités vasculaires larges, qui ne servent pas de centre d'ordination ; de fins capillaires traversent la masse.

Les cellules sont polyédriques, à un ou deux noyaux, à protoplasma homogène, finement granuleux, avec de nombreuses inclusions graisseuses.

Dans les bandes fibreuses qui lobulent la tumeur on ne trouve pas d'espace porte nettement constitué ; les canaux biliaires y sont rares. Le tissu conjonctif y est dense, criblé de noyaux.

En résumé, la tumeur est formée de cellules hépatiques normales qui ont perdu leur ordination rayonnante autour des veines. L'ensemble évoque l'aspect d'une glande endocrine normale. Enfin le reste du parenchyme est entièrement sain.

Il est probable que ces tumeurs sont d'origine congénitale, ce qui explique leur indépendance des hépatites chroniques.

L'ADÉNO-ÉPITHÉLIOME :

C'est une tumeur développée en plein parenchyme hépatique, elle peut s'extérioriser au cours de son développement.

La tumeur est enkystée dans une coque conjonctive épaisse. A la section, on a une coloration jaunâtre homogène avec, par endroit, des îlots hémorragiques. Il n'y a jamais de polychromie comme dans les dysembryomes. La coque conjonctive n'empêche pas la diffusion et l'extension du tissu néoplasique ; ce processus de généralisation se fait par une pénétration intravasculaire des bourgeons néoplasiques. Les veines sont ainsi envahies, sans que souvent leur paroi interne présente d'altérations.

Au point de vue histologique, l'*adénome solitaire à tendances malignes* ne diffère par aucun caractère de l'*adénome des cirrhoses* ou de l'*hépatome de Renon, Géraudel et Monier-Vinard*.

A l'examen on voit des cordons pleins formés de cellules hépatiques tassées les unes contre les autres, avec de nombreuses fentes vasculaires larges remplies de sang. Il n'y a pas trace de canalicule biliaire, pas la moindre ordination, ni disposition lobulaire. Les noyaux cellulaires sont hyperchromatiques, gros et irréguliers. On voit de nombreuses cellules en dégénérescence.

L'origine de ces tumeurs est discutée. Ribbert et Conheim les considèrent comme étant d'origine congénitale et développées aux dépens de restes embryonnaires. On ne peut ici faire intervenir la pathogénie irritative, si tentante pour l'adéno-cancer avec cirrhose.

Telles sont les notions les plus modernes sur l'adénome solitaire du foie. Mais tout n'a pas encore été dit à ce sujet. Les deux observations publiées récemment à Lyon, et que nous allons reproduire, n'entrent pas exactement dans l'un des deux types établis par Cathala ; la première, notamment, nous révèle une forme trabéculo-vésiculaire déjà observée une fois (Thèse de Caumartin) et différant de la forme simplement trabéculaire de Cathala.

Observations

Deux cas d'adénomes solitaires du foie ont été récemment étudiés à Lyon et publiés au *Journal de Médecine de Lyon*, par MM. J.-F. Martin et Croizat.

OBSERVATION I

Le premier cas a été observé par le Professeur Agrégé **A. Chaliér.**

Mme M..., vingt-neuf ans. Bonne santé habituelle ; pas d'antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés ; trois enfants bien portants, pas de fausses couches.

Est envoyée par son médecin, le Docteur Bonnamour, pour une tumeur de l'hypocondre droit, qui aurait fait son apparition en septembre 1929 et aurait eu un point de départ sous-hépatique. Cette tumeur, d'un volume d'une tête de nouveau-né, s'est développée insidieusement, sans la moindre douleur, sans ictère, sans le moindre trouble de la canalisation intestinale, sans altération de l'état général. Elle est très mobilisable dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens vertical ; elle est de consistance molle, mais non fluctuante ; dans l'ensemble elle est mate à la percussion. Le ventre est souple, sans ascite. Le toucher vaginal est négatif.

Opération le 23 avril 1929 (Docteur André Chalier). Longue incision transversale allant de la ligne médiane un peu au-dessous de l'ombilic, jusqu'au-dessus de l'épine iliaque A. S. D. Le péritoine ouvert de bout en bout, on aperçoit une tumeur rougeâtre qui a l'aspect et du foie et du rein, mais en diffère cependant parce qu'elle est sillonnée de grosses veines et de petites travées plus ou moins blanchâtres ; à la partie supérieure de sa face antérieure, elle présente une tache ocre, de la dimension d'une pièce de deux francs, qui ressemble à une tache de bougie. La tumeur est sphérique, très arrondie par son pôle inférieur ; en haut elle se continue sans ligne de démarcation, avec le lobe droit du foie qui, au-dessous d'elle, est de consistance et d'aspect normaux, et dont l'épaisseur, dans ce qui correspond à son bord libre, est d'environ 4 à 5 centimètres.

A ce niveau on place, par la droite et par la gauche, deux clamps intestinaux droits, modérément serrés et qui, sans faire une compression trop violente, tiennent et assureront une hémostase suffisante ; un peu au-dessous d'eux on sectionne transversalement le foie pour extirper d'un bloc la tumeur. Sur la tranche de section qui, en dedans, affleure le fond de la vésicule, on établit deux étages de suture, l'un en plein parenchyme hépatique, l'autre d'une lèvre à l'autre prenant la capsule de Glisson.

La tumeur enlevée pèse 650 grammes.

A la section, l'aspect est des plus bigarrés : c'est ici un fond jaunâtre découpé par des travées nacrées, lardacées dont l'une encercle un gros placard ressemblant à un volumineux corps jaune. Ces travées fibreuses sont creusées de géodes dont les dimensions sont de celles d'un grain de plomb à celles d'une aveline, à contenu liquide un peu gluant. Ailleurs, c'est tout un territoire cunéiforme ayant la couleur rouge sombre et la consistance d'une pulpe splénique diffuse. La tumeur se continue sans transitions nettes avec la portion de parenchyme hépatique sain où a passé la section.

Les suites opératoires furent des plus bénignes. La malade quitta la clinique le vingt et unième jour. Depuis elle se porte très bien.

Pour l'étude microscopique, des fragments multiples furent

prélevés dans différentes zones. Les aspects les plus disparates se rencontrent dans des territoires tumoraux souvent très voisins... La tumeur est essentiellement faite de plages épithéliales grossièrement découpées par des travées conjonctivo-vasculaires dans lesquelles on ne retrouve aucun espace porte reconnaissable.

Morphologiquement, les portions épithéliales se présentent sous deux types fondamentaux : les formations trabéculaires et les formations vésiculaires.

I. — FORMATIONS TRABÉCULAIRES.

L'agencement du foie normal se retrouve à cela près que le groupement en lobules a entièrement disparu et que les travées n'ayant plus leur double point d'appui périportal et péricuspidé sont comme désaxées et s'enchevêtrent capricieusement, d'où un aspect « hépatoïde » analogue à celui qui se retrouve dans les nodules hyperplasiques des foies cirrhotiques. Ce sont des rubans épithéliaux sinueux, plus larges que normalement avec cinq ou six cellules de front ; entre elles apparaît souvent un petit interstice coupé en long correspondant à un capillule biliaire. Ces cellules ont un protoplasma acidophile, un peu grenu. Certaines sont en dégénérescence graisseuse ou acidophile. Les noyaux sont très riches en chromatine, avec un ou deux nucléoles, de formes très variables ronds, allongés, réniformes ou bourgeonnants avec des contours fortement incisurés, quelques-uns géants ; parfois le nucléole est énorme et refoule à sa périphérie la chromatine qui lui forme une coque. Il y a aussi un grand nombre de noyaux en pycnose centrant alors des cellules à protoplasma sombre, sénescents. Nous n'avons jamais vu de mitoses.

II. — FORMATIONS VÉSICULAIRES.

Elles affectent une position adénoïde : ce sont des cavités arrondies en général et assez semblables entre elles ; les plus caractéristiques sont centrées par une cavité centrale vide ou à contenu granuleux faiblement acidophile ; elles sont bordées par une assise unique de cellules épithéliales cubiques reposant sur une condensation conjonctive formant basale et dont le pôle libre laisse voir constamment des « Kittlestein » et

une condensation en plateau du cytoplasme souvent surmonté de cils vibratils. Là encore pas de mitoses et une plus grande régularité dans le type cellulaire que dans les trabécules précédemment décrits.

Entre ces formations, circulent des capillaires soutenus par du tissu conjonctif disposé en lamelles plus ou moins denses. Une disposition particulière est réalisée en certains territoires où du tissu conjonctif jeune, riche en cellules, encerclé d'un anneau large de petites vésicules toutes semblables et qui apparaissent comme des grains épithéliaux emprisonnés dans une fine résille de collagène.

III. — FORMATIONS TRABÉCULO-VÉSICULAIRES.

Tous les intermédiaires existent entre les deux types fondamentaux que nous venons de décrire, et il est aisé de retrouver les termes de passage entre les formations épithéliales pleines et les formations épithéliales creuses. Dans les zones trabéculaires, apparaissent entre les cellules épithéliales des cavités arrondies qui sont des capillicules biliaires intracellulaires, distendues par le produit de sécrétion. Ces cavités augmentent peu à peu de volume et ainsi se forment les grandes vésicules. Mais au fur et à mesure de leur développement, les cellules qui les bordent perdent leurs caractères hépatoïdes et leur double polarité endo et exocrinienne pour ne garder qu'une polarité exocrinienne et arriver progressivement à un aspect voisin de celui des cellules de revêtement des capillaires biliaires.

A ces types fondamentaux s'adjoignent d'autres types histologiques que nous allons maintenant décrire.

Sur les coupes intéressant le tissu tumoral dans les territoires où macroscopiquement il ressemblait à de la pulpe splénique, les groupements épithéliaux ont été bouleversés par des accidents circulatoires : ici ce sont des capillaires ectasiés et gorgés de sang qui ont écarté les travées épithéliales et les ont comprimées au point d'amener la dégénérescence des cellules épithéliales bordantes. Là, ce sont des hémorragies interstitielles étendues, qui ont dissocié les travées pleines, les ont morcelées et donnent à ces territoires un aspect angiomateux ; ou bien encore le sang extravasé a péné-

tré dans les vésicules et envahi leur lumière. On trouve en outre les traces de raptus sanguins antérieurs sous forme de placards de tissu cicatriciel semé de macrophages contenant du pigment ocre. Enfin sur un seul des fragments nous avons vu plusieurs capillaires sanguins et artérioles à parois indemnes, dont le contenu était fait de globules rouges et aussi d'amas de cellules épithéliales, en tous points semblables à celles des travées tumorales pleines. Il s'agit donc certainement d'embolies néoplasiques.

Cet examen histologique nous amène à la conclusion suivante : *Tumeur solitaire du foie du type « adénome trabéculo-vésiculaire » ayant été le siège de plusieurs poussées hémorragiques, et surpris au début d'une évolution maligne.*

OBSERVATION II

C'est au Professeur Agrégé L. Laroyenne, chirurgien des hôpitaux, qu'est dû le second cas observé.

Il s'agit d'une femme de 60 ans, présentant depuis quelque temps une température élevée, chez qui on avait découvert une tumeur ballottante de l'hypocondre droit, assez antérieure pour qu'on ait pu éliminer une tumeur rénale et que d'aucuns considéraient comme un kyste hydatique, ce qui n'était d'ailleurs pas l'avis de M. Laroyenne, qui pensait plutôt à une tumeur solide d'origine hépatique. L'intervention confirma ce diagnostic: il s'agissait d'une tumeur appendue au foie, auquel elle était reliée par un pédicule court et aplati, large de 4 à 5 centimètres ; tumeur unie, sans bosselures, ayant à peu près la consistance et la couleur du parenchyme hépatique ; pas d'anénopathies, pas de noyaux d'apparence néoplasique dans le péritoine, ni à la surface du foie, par ailleurs normal et sans aspect cirrhotique. Extirpation aisée après section à la base du pédicule, en plein tissu hépatique, étant donné l'absence de tout plan de clivage. Trois jours après, la malade succombait, sans présenter de signes péritonéaux, mais comme à la suite d'une insuffisance hépatique. Pas d'autopsie.

Le fragment soumis à l'examen histologique et prélevé à la base de la tumeur vers son pédicule, comprend deux parties : une bande de parenchyme hépatique et la tumeur proprement dite.

Le parenchyme hépatique : son architecture normale n'est pas modifiée, mais la texture générale est modifiée du fait d'une vaso-dilatation considérable portant non seulement sur les veines, mais encore sur les sinusoides intralobulaires, et accompagnée d'une dégénérescence graisseuse des cellules nobles riveraines.

Une mince condensation conjonctive sépare le foie de la tumeur. Celle-ci est faite de travées massives, rubannées et anastomosées ou arrondies suivant les incidences de la coupe, et séparées par des sinusoides schématiques ; chaque travée néoplasique est ainsi enclose dans un réseau vasculaire continu qui se modèle exactement sur elle, sans interposition de tissu conjonctif. A l'intérieur des boyaux néoplasiques s'entassent des cellules épithéliales volumineuses, polyédriques : leurs contours sont assez nettement dessinés et souvent entre des cellules contiguës existe une petite déhiscence. C'est une mince fente allongée ou au contraire un petit pertuis répondant à un capillaire biliaire intercellulaire. Ces cellules ont un protoplasma fortement acidophile, finement granuleux ; elles sont centrées par un noyau arrondi à contour net et à réseau chromatinien assez grossier. Mais toutes les cellules ne sont pas semblables (fig. 4) : elles sont fort inégales au contraire : certaines d'entre elles sont en voie de transformation indirecte et il n'est pas rare de trouver dans un même champ microscopique plusieurs mitoses régulières ou anarchiques : d'autres sont en voie de dégénérescence atrophique, avec un protoplasma condensé, fortement teinté par le colorant acide et un noyau en pycnose. Parfois le centre de certains îlots est occupé par un amas de cellules nécrosées.

Nulla part on ne trouve des vestiges d'espaces porte. Il s'agit donc d'une tumeur solitaire pédiculée du foie, mais tumeur incontestablement maligne : c'est un épithélioma de la travée hépatique du type trabéculaire, développé dans un foie non cirrhotique, épithélioma « en amande » de la région corticale de l'organe et précocement extériorisé.

Telles sont les deux observations, remarquables au point de vue anatomo-pathologique, publiées par M. le Professeur agrégé J.-F. Martin et le Docteur Croizat, et qui ont servi de point de départ à cette thèse.

Il nous a paru intéressant de rapporter ici deux autres observations tout récemment communiquées à Paris.

OBSERVATION D'ADÉNOME SOLITAIRE DU FOIE
A PÉDICULE TORDU,
PAR MM. PETIT-DUTAILLIS ET J. LONGUET.

Cette observation, rapportée à la Société nationale de Chirurgie par M. le Professeur Gosset, montre bien les dangers que peuvent présenter les adénomes au cours de leur évolution.

Mme J. Th..., 27 ans, entre le 24 août 1929 dans le service d'urologie de l'hôpital Necker pour une tumeur douloureuse de l'hypocondre droit.

L'affection remonte à mai 1926. C'est quelques jours après un accouchement normal que la malade s'aperçut par hasard de l'existence d'une boule dans la partie supérieure droite de l'abdomen. Le volume était alors celui d'une petite mandarine. Elle offrait une mobilité très nette... indolore à la pression ; elle provoquait dans le décubitus latéral gauche une sensation de pesanteur gênante... La malade éprouvait parfois quelques vomissements. Ces troubles légers persistèrent jusqu'à la fin de 1926. La malade ayant alors constaté que la tumeur augmentait lentement, consulta un médecin ; celui-ci fit le diagnostic de rein flottant et conseilla le port d'une ceinture à peloté, qui apporta, paraît-il, un soulagement notable.

En 1927, la malade devint enceinte et, pendant sa grossesse, la tumeur ne fut plus perçue, et les troubles disparurent. Accouchement normal en juin 1928.

Un mois et demi après cet accouchement, subitement, un matin, sans cause apparente, elle éprouva sa première grande crise douloureuse. Cette crise fut marquée par l'apparition d'une douleur, brutale au début, qui atteignit son maximum en quelques minutes. Elle siégeait au creux épigastrique, un peu à droite de la ligne médiane. Elle irradiait dans le dos, prenant le type transfixiant mais ne se propageait pas vers l'épaule, ni le cou. Son intensité était telle qu'elle força la malade à s'étendre aussitôt : presque continue, avec des paroxysmes, elle était cependant entrecoupée de rares rémissions durant quelques minutes. Presque en même temps survinrent des vomissements réitérés et très abondants, d'abord alimentaires, puis bilieux, et un besoin impérieux de défécation, suivi de deux ou trois évacuations et d'épreintes. Aucun trouble de la miction. La douleur dura jusqu'au soir et se termina brusquement. A la suite, il n'y eut pas de crise urinaire, ni sudorale, ni d'ictère.

Dans l'intervalle d'un an, d'août 1928 à août 1929, il y eut sept ou huit crises analogues, elles débutaient principalement lors d'un brusque changement d'attitude. La malade n'a pas remarqué qu'elles aient été suivies d'une augmentation de volume de la tumeur.

Le 3 août 1929, dernière crise très intense. La malade appelle le médecin. L'examen montre alors :

On est en présence d'une malade angoissée, souffrant vivement. Dans l'hypocondre droit, on perçoit une tumeur du volume de deux poings, régulièrement sphérique, de consistance ferme, ni fluctuante, ni rénitente, qui présente le contact lombaire et le ballottement au palper lombo-abdominal. Pas de contracture de la paroi. Toute la région est douloureuse à la pression. La tumeur a une mobilité très nette dans le sens antéro-postérieur et transversalement.

La tumeur est mate à la percussion et sa matité est séparée de la matité hépatique par une étroite zone de sonorité.

Le toucher vaginal est négatif. La température est à 38° ; le pouls est à 100, bien frappé. Pas d'arrêt des matières et des gaz, pas de vomissements. Pas de signes de syphilis. Le

diagnostic le plus vraisemblable paraît être celui de crises douloureuses d'hydronéphrose par rein mobile, bien que l'absence totale de troubles urinaires ne cadre guère avec ce diagnostic.

Un examen urologique pratiqué ultérieurement infirme ce diagnostic. On pense alors à une tumeur abdominale qui s'est tordue. Le Docteur Petit-Dutaillis confirme ce diagnostic, émettant l'hypothèse soit d'un kyste de l'ovaire à long pédicule, soit d'un kyste hydatique pédiculé du foie.

Intervention le 5 août 1929. On trouve une tumeur arrondie, bosselée, de coloration violacée et, par places, noirâtre, du volume d'une tête de fœtus à 7 mois. Elle est reliée au foie par un pédicule long de 3 centimètres, qui a subi une torsion sur l'axe. On sectionne le pédicule. Le reste du foie paraît absolument sain.

Suites opératoires excellentes.

Examen macroscopique :

Tumeur volumineuse de 12 centimètres sur 10, entourée d'une capsule mince... Sur une coupe le parenchyme présente une polychromie caractéristique : ce sont surtout les tonalités rouges, vertes et jaunes qui dominent. Les îlots jaunes, verdâtres, parenchymateux sont isolés les uns des autres, non par un processus de cirrhose, mais bien par des hémorragies interstitielles. Il y a, en certains points, un véritable état infractoïde avec nécrose partielle des lobules parenchymateux.

Examen histologique :

Dans les régions les mieux conservées, la tumeur est formée par des trabécules hépatiques d'aspect normal, isolées les unes des autres par de fins capillaires. Ce qui frappe, c'est l'absence d'ordination de ces trabécules. On ne les voit nulle part irradier autour d'une veine centrale à type sous-hépatique. Il n'existe pas de compression ou d'enroulements trabéculaires comme dans les adénomes cirrhotiques. En outre, on note l'absence d'espaces porte nettement définis et surtout de canalicules biliaires.

La morphologie cellulaire rappelle entièrement les cellules hépatiques normales... Pas de monstruosité nucléaires, les mitoses sont rares ou absentes. Quand la surcharge graisseuse s'accroît, la pycnose nucléaire se manifeste ; le tissu

adénomateux revêt alors l'aspect d'un dysembryome avec ses cellules polyédriques, dessinant une large mosaïque. Les limites cellulaires s'accroissent, le protoplasma devient vacuolaire sans réaction éosinophile ; le noyau informe, pycnotique, ne révèle aucun détail de chromatine. Au contact des zones hémorragiques, les cellules adénomateuses perdent toute structure, subissant la dégénérescence graisseuse totale.

Telle est l'observation rapportée par M. Gosset, qui admet que les crises douloureuses observées étaient dues à une torsion du pédicule suivies d'une détorsion spontanée. Au point de vue anatomo-pathologique, il s'agit là d'un cas de dysembryome simple de nature bénigne.

Une communication toute récente, faite le 23 mai 1930 par M. Ch. Aubertin à la Société médicale des hôpitaux de Paris, nous fait connaître un cas très intéressant d'adénome malin du foie. Voici, en résumé, l'observation :

Le malade entre le 13 septembre 1929 pour une tumeur abdominale, ayant fait, en avril 1929, l'objet d'une laparotomie exploratrice, et augmentant de volume. Dans les antécédents, on relève une pleurésie séro-fibrineuse et un lupus.

En septembre 1928, le malade s'aperçut par hasard de la présence d'une petite tumeur de la région épigastrique, mobile sous la peau, indolore. Il n'y avait aucun trouble fonctionnel et en particulier aucun trouble digestif, ni altération de l'état général.

La tumeur augmente de volume peu à peu, descendant dans l'abdomen. Elle reste indolente, pas de troubles fonctionnels. Après un arrêt d'accroissement pendant un mois, on voit apparaître de l'anorexie légère, des pesanteurs après les repas et quelques vomissements aqueux le matin. Pas

d'œdème, pas de signes de compression, malgré le volume de la masse.

En mars 1929, le malade entre à l'hôpital Saint-Joseph. Le 2 avril, on pratique une laparotomie paramédiane qui montre une énorme masse kystique appendue au foie. Celui-ci est parsemé de nodules en tâches de bougie ; on fait une biopsie au niveau de l'un d'eux et on referme.

La biopsie donne comme résultats : Petit nodule formé de cellules polyédriques paraissant subir une transformation graisseuse. Certaines de ces cellules présentent une disposition acineuse nette. Il s'agit de cellules hépatiques ayant subi une transformation métaplasique, car elles se rattachent au foie normal sur les bords de l'îlot. Il n'y a pas de néoplasme.

Le malade, pendant un certain temps, est nettement soulagé. Puis la tumeur augmente à nouveau, l'amaigrissement recommence. Il entre à la Pitié. A l'entrée, malade un peu amaigri, teint mat, sans subictère ni couleur jaune paille. L'abdomen, très volumineux, pointe en avant, peau luisante, circulation collatérale sus-ombilicale médiane et latérale droite. La palpation et la percussion montrent une masse volumineuse emplissant toute la partie droite et médiane du ventre, allant du rebord costal au pubis. Elle est mate, de consistance dure, un peu irrégulière en surface, légèrement sensible à la pression. La matité se continue avec celle du foie ; il y a cependant un petit sillon qui sépare le bord inférieur du foie et la tumeur. Il y a enfin un peu d'ascite.

Dès le début, on porte avec quelques réserves le diagnostic d'adénome solitaire du foie en se basant sur le volume énorme de la tumeur, sur ses connexions avec le foie et sur la conservation de l'état général.

Pendant les premiers jours, dans le service, le malade ne présente comme troubles fonctionnels, malgré le volume considérable de l'abdomen, que quelques crises douloureuses passagères dans la fosse iliaque gauche.

Le 10 septembre, poussée thermique à 39°4, puis la température retombe. Le ventre a beaucoup augmenté, la tumeur est douloureuse spontanément et l'on doit avoir recours à la morphine. La tumeur semble adhérer à la peau. Constipation intense. La base droite est mate, la ponction ramène

du sang pur. La semaine suivante, l'augmentation de volume se manifeste de jour en jour. La tumeur est bosselée, adhère à la peau, certains points sont douloureux. L'amaigrissement s'accroît, un léger subictère apparaît, urines troubles, dyspnée due au refoulement du diaphragme.

Le 2 octobre, une ponction sous-ombilicale gauche ne ramène que quelques centimètres cubes de sérosité sanguinolente. Le 5 octobre, albuminurie et pigments biliaires dans l'urine. Le 7 octobre, vomissements bilieux, œdème de la région lombaire, l'état s'aggrave rapidement et le malade succombe sans ictère, ni phénomènes hémorragiques, le 9 octobre.

AUTOPSIE :

A l'ouverture de l'abdomen s'écoule un abondant liquide d'ascite brun. La tumeur adhère à la paroi, à sa partie supérieure un sillon la sépare du foie, au-dessous, adhérences serrées au côlon. On enlève en bloc le foie et la tumeur. L'ensemble ainsi constitué pèse 11.800 grammes.

Le foie est gros, bosselé par de grosses masses marronnées jaunâtres du volume d'une orange, qui remplissent tout le parenchyme hépatique et le rendent malaisément reconnaissable. Le lobe de Spiegel est intact.

A la partie inférieure du foie s'attache, par un large pédicule, une énorme masse arrondie, bosselée elle-même par des masses secondaires analogues à celles du foie. Le volume de cette masse dépasse le volume d'une tête d'adulte, et une autre tumeur de la taille d'une tête de fœtus, s'attache à sa partie inférieure. Adhérences au mésocôlon transverse. Les nodules sont jaunâtres ou verdâtres, d'autres sont jaunes blanchâtres parsemés de taches rouges qui font penser à des raptus hémorragiques.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Les nodules à taches rouges (raptus hémorragiques) sont en réalité des nodules angiomateux parsemés de lacs sanguins. Il y a en outre des nodules non angiomateux.

1° *Nodules angiomateux.* — La tumeur est parsemée d'énormes lacs sanguins visibles à l'œil nu, remplis de globules blancs et rouges intacts, et tapissés par un endothélium aplati qui n'a aucune activité macrophagique.

Le tissu tumoral est formé de larges coulées de cellules polyédriques rappelant la cellule hépatique. Les noyaux sont arrondis, volumineux, fortement colorés. Dans certaines zones tous les noyaux sont très volumineux, comme ballonnés, leur centre est pâle et leur périphérie est constituée par une membrane nucléaire très nette contre laquelle est plaqué le reste de la chromatine, comme s'il y avait là un début de caryolyse. Le protoplasma cellulaire est bien coloré, grumeleux. On trouve, de place en place, des cellules de taille plus considérable que les autres, avec des noyaux irréguliers, également très volumineux. On trouve quelques cellules atrophiées à petit noyau pycnotique et quelques rares cellules au protoplasma vacuolaire.

Ces cordons pleins sont parcourus par des capillaires aplatis : capillaires relativement peu nombreux par rapport au foie sain, de sorte que les travées cellulaires sont d'une épaisseur considérable, constitué par une douzaine de cellules, au lieu de deux ou trois à l'état normal. Ces capillaires sont à peu près vides de sang, on a l'impression qu'ils sont aplatis par la prolifération cellulaire considérable. Ils se distinguent en cela des lacs sanguins décrits plus haut.

On ne trouve ni canaux, ni canalicules biliaires, ni figures acineuses. Pas d'artères, ni de veines du type portal, pas de veines sus-hépatiques. Mais en voyant l'implantation des cellules néoplasiques sur la paroi des lacs sanguins, on ne peut s'empêcher de penser que ceux-ci jouent ici le rôle de veines sus-hépatiques.

2° *Nodules non angiomateux*. — Ils diffèrent des précédents par :

Absence de lacs sanguins.

Aspect nettement trabéculé de la tumeur, dont les trabécules n'ont que deux ou trois épaisseurs de cellules, et sont séparées par des capillaires comme dans le foie normal.

Dégénérescence vacuolaire fréquente d'un assez grand nombre de cellules : elle ne présente pas les caractères de la dégénérescence graisseuse et atteint de préférence la partie cellulaire située entre le noyau et le capillaire sanguin. Les capillaires sont un peu aplatis et vides de globules rouges. Pas de canaux biliaires.

3° *Tissu hépatique sain.* — Il est indemne de tout processus de cirrhose et absolument sain au point de vue cellulaire.

Dans cette observation il faut noter, remarque M. Aubertin :

1° Le jeune âge du sujet, 25 ans, qui permet de penser à une tumeur d'origine dysembryo-plastique.

2° Le volume énorme de la tumeur, qui est le plus considérable aujourd'hui connu : 11.800 grammes. (Dans le cas de Dévé, 4.400 grammes).

3° Présence dans la tumeur de deux sortes de nodules : angiomateux et non angiomateux, ces derniers se rapprochant de l'hépatome de Monier-Villard.

4° L'absence de métastases tant ganglionnaires que viscérales.

5° La longue durée de l'évolution puisqu'en mars 1929 la masse avait déjà un tel volume qu'elle nécessita une intervention.

Etude clinique de l'adénome solitaire

L'étude des observations publiées par les différents auteurs met en lumière les difficultés considérables auxquelles on se heurte pour porter le diagnostic d'adénome solitaire. Ces difficultés sont telles que l'on ne peut prétendre à reconnaître cliniquement cette affection. Parfois même la symptomatologie est si fruste que le chirurgien est intervenu sans que l'on eu diagnostiqué l'organe aux dépens duquel s'était développée la tumeur.

Sur 24 observations cliniques suivies d'intervention, nous trouvons en effet :

Dix cas où le clinicien avait conclu à une tumeur du foie.

Dix cas où l'on n'avait pas porté le diagnostic d'organe.

Quatre cas où aucun diagnostic précis n'ayant été posé, l'on est intervenu en raison des troubles fonctionnels menaçants.

Nous voyons donc, qu'en pratique, le diagnostic d'adénome n'est porté, à peu près uniquement, que lors de l'intervention.

Toutefois le Professeur P. Duval a pu porter cliniquement ce diagnostic dans un cas cité dans la thèse

de P. Caumartin. Mais il s'agit là d'un fait exceptionnel et dans la généralité des cas la symptomatologie, surtout fonctionnelle, est si réduite, que l'on ne peut qu'hésiter entre diverses hypothèses, sans pouvoir donner de certitude. Il faudrait passer en revue tous les diagnostics possibles, et procéder par élimination en se basant sur les signes fonctionnels, la localisation, etc...

Très souvent l'adénome est une découverte d'autopsie chez des sujets morts d'affections très diverses. Ces cas ne présentent, cliniquement parlant, aucun intérêt.

Dans la plupart des cas, le début est insidieux, la tumeur se développe sans donner tout d'abord de signes. Le malade, par hasard, se découvre un jour cette tuméfaction et va trouver son médecin. Plus souvent, il a des sensations de pesanteur douloureuses au niveau de l'hypocondre droit s'accompagnant ou non irradiations à l'épaule droite. Parfois, enfin, le début est brutal et se manifeste par une crise douloureuse qui peut simuler une appendicite, une crise de coliques hépatiques ou néphrétiques. Ces manifestations douloureuses sont plus fréquentes dans les formes d'adéno-épithéliomes que dans les formes bénignes, et sont peut-être dues à une dégénérescence de la tumeur. Il y a d'ailleurs un parallélisme certain entre l'intensité des douleurs et la gravité histologique et clinique de l'adénome.

Les troubles hépatiques sont légers, ou même absents. Lecène a observé les épistaxis, Dévé a noté un ictère.

Les troubles digestifs sont variables. Lecène et Ceccarelli ont vu des vomissements, on a observé également soit de l'inappétence, soit de la diarrhée, soit de la constipation.

L'amaigrissement ne se rencontre guère que dans les cas d'adénome solitaire malin.

En résumé, l'examen au point de vue fonctionnel est la plupart du temps sans signification : diarrhée, constipation ou inappétence ne pouvant faire songer à un adénome.

Mais, par contre, la recherche des signes physiques va procurer des notions fort utiles au diagnostic.

L'inspection peut montrer, surtout chez un individu maigre, une voussure plus au moins accentuée au niveau de l'hypocondre droit : et, point essentiel, cette tuméfaction est mobile; elle s'abaisse dans l'inspiration et remonte lors de l'expiration. Les mouvements du diaphragme lui sont donc intégralement transmis. Nous allons retrouver ce signe important, lors de la palpation.

Chez un sujet gras, l'inspection ne montre rien. On aura recours au palper, qui permet d'étudier :

Le siège : La tumeur peut être au niveau du bord antérieur du foie ou siéger à la face inférieure de l'organe, on la palpe au niveau de l'hypocondre droit; très rarement on l'a trouvée dans le flanc droit, ou dans l'hypocondre gauche (tumeur pédiculée).

Le volume varie de celui d'une petite mandarine à celui d'une tête de fœtus.

La forme : La tumeur est en général arrondie. Sa surface est lisse sans irrégularités, et elle se continue

de part et d'autre avec le foie dont elle est bien délimitée.

La consistance est ferme. Lecène et Von Bergmann ont observé des adénomes à consistance rénitente qu'ils prirent pour des kystes hydatiques. Kidd cite un cas d'adénome mou.

La mobilité : On sent la tumeur monter et descendre dans les mouvements respiratoires profonds. C'est là un bon signe d'origine hépatique, ainsi que l'ont montré Gilbert, Auvray et Terrier, Ceccarelli. On peut, surtout si la tumeur est pédiculée, la déplacer latéralement, et même dans le plan antéro-postérieur, auquel cas il faudra éliminer une affection rénale. Si le pédicule de la tumeur est mince ou long, la tuméfaction sera peu influencée par les mouvements diaphragmatiques, d'où des erreurs de diagnostic.

La percussion montre la matité de ces adénomes ; elle se continue directement avec la matité hépatique sans interposition de zone sonore ; toutefois s'il existe un assez long pédicule il y aura une bande de sonorité entre la masse tumorale et le bord inférieur du foie, d'où des erreurs en ce qui concerne le point de départ de la tumeur (Lins et Escher : tumeur de l'épiploon. Duval, Toupet).

L'auscultation hépatique, au phonendoscope tout particulièrement, permet de bien délimiter la tumeur et de reconnaître son union avec le foie.

Il faut noter enfin, qu'en dehors des crises douloureuses, la palpation ou la mobilisation sont absolument indolores.

De plus, au cours de l'évolution, on peut voir une

rupture spontanée de l'adénome se manifestant par des douleurs et des signes d'hémorragie interne.

La radiographie a été employée pour éliminer les tumeurs para-hépatiques.

Telle est la symptomatologie de l'adénome solitaire. Elle est malheureusement trop restreinte pour permettre un diagnostic. Les signes observés permettent simplement d'affirmer l'existence d'une tuméfaction hépatique ou périhépatique, et le diagnostic, après avoir montré la relation de la tumeur avec le foie, devra éliminer successivement toutes les affections pouvant donner une tuméfaction abdominale localisée à l'hypocondre droit. Lorsque la tumeur est pédiculée, le diagnostic est impossible.

D'autre part, l'adénome est une affection rare et bien souvent le clinicien, même averti, n'y songe pas.

En résumé, le diagnostic d'adénome sera surtout un diagnostic d'exclusion et l'on pensera à l'adénome « plus par l'absence des signes propres aux affections hépatiques que par la présence d'un syndrome clinique propre à l'adénome ».

Comment vont évoluer ces tumeurs ?

Le dysembryome hépatique simple évolue de façon très bénigne. Arrivé à un certain développement, il peut se stabiliser définitivement à ce stade et cela sans cause apparente. Au contraire, on le voit parfois augmenter régulièrement de volume et devenir gênant, du fait même de ses dimensions, sans qu'il donne pour cela des troubles hépatiques.

L'adénome à tendances malignes agit tout autre-

ment. Les troubles s'accroissent très vite et l'on a rapidement le tableau d'une néoplasie en évolution. Si la capsule qui, comme nous l'avons vu, renferme la tumeur pendant la première période de son évolution vient à être rompue, il se fait une généralisation intra-hépatique de la plus haute gravité. L'on est alors en présence d'un cancer extrêmement malin. Si l'on intervient aussi tardivement, il se produira presque toujours des récidives.

Le diagnostic différentiel

Nous avons pu constater précédemment les difficultés de diagnostiquer un adénome solitaire du foie. Ce diagnostic est le plus souvent même impossible. Il existe cependant un ou deux cas où il fut posé. Est-il d'ailleurs bien nécessaire d'avoir reconnu exactement la nature de cette tumeur, pour la thérapeutique à pratiquer ? On pourrait, à une question ainsi posée, répondre à la fois, oui et non. Oui, car il est une affection qui peut simuler parfaitement la tumeur hépatique, et qui, elle, n'est pas justiciable du bistouri, mais bien d'un traitement médical pur, c'est la syphilis. Non, car la plupart des autres affections qui donnent le même tableau clinique que l'adénome relèvent tout comme lui du seul traitement chirurgical.

Ici, contrairement à l'adage qui dit « dans le doute, abtiens-toi », nous devons toujours agir, puisqu'en laissant évoluer une tumeur de nature incertaine nous risquons de la voir devenir très maligne; et que, d'autre part, un syphilitique soumis au traitement, en reçoit une grande amélioration et peut échapper ainsi à la cachexie ou à la mort par insuffisance hépatique qui lui étaient destinée à brève échéance.

Aussi est-il très important de pousser à fond notre

diagnostic différentiel. En pratique, il faudrait que nous puissions arriver à classer l'affection en cause dans l'un des deux groupes suivants :

Affections médicales ;

Affections chirurgicales.

Les indications thérapeutiques seront alors posées de manière ferme et les résultats obtenus excellents en général.

Nous allons donc examiner successivement toutes les maladies qui peuvent donner un tableau clinique se rapprochant de celui décrit plus haut. Notons, dès à présent, que ce ne sont pas seulement les affections hépatiques qui peuvent être des causes d'erreur de diagnostic, mais encore des lésions des différents organes abdominaux.

Syphilis hépatique et tuméfactions du foie

La syphilis peut atteindre à toutes ses périodes le tube digestif et ses annexes. Le foie paie un lourd tribut tant à l'infection syphilitique acquise, qu'à la transmission héréditaire du tréponème. Cette affection est malheureusement si fréquente et si universelle, qu'il est indispensable que l'esprit du praticien songe toujours à elle. Son polymorphisme est extraordinaire et il est peu d'affections qu'elle n'imité plus ou moins fidèlement. Fournier montrait un grand sens clinique lorsqu'il disait : *« C'est en pensant toujours à la syphilis que l'on aura des chances de ne pas la mécon-*

naître sous les aspects anormaux qu'elle peut revêtir au niveau du foie. » Lejars nous dit de même « ...elle peut prendre toutes les apparences d'un kyste hydatique, simuler un cancer hépatique, une cholécystite ou une tumeur de la vésicule... »

De plus, le diagnostic est encore compliqué, du fait que la syphilis, tant acquise qu'héréditaire, peut se manifester au niveau du foie de manière très précoce ou au contraire très tardive.

Nous devons étudier ici, de manière tout à fait sommaire, les lésions spécifiques au niveau du parenchyme hépatique et les signes cliniques qui en découlent. La question a été traitée en entier dans l'article sur la syphilis du foie rédigé par M. le Professeur Favre pour le traité de Pathologie médicale de Sergent. Nous n'envisagerons ici que les formes gommeuses et sclérogommeuses.

Dans l'hépatite scléro-gommeuse due à la syphilis acquise, le foie a une surface très irrégulière, bosselée, creusée de profonds sillons, avec des lobes qui forment des saillies plus ou moins considérables. Ces fragments de lobe sont pour ainsi dire énucléés du reste de l'organe, et le Professeur Favre ajoute : « *La rétraction scléreuse peut être assez accentuée pour isoler certaines portions du parenchyme qui sont comme énucléées, ne se rattachant au foie que par une languette assez étroite, et flottent dans la cavité abdominale, simulant à l'exploration, des tumeurs dont la nature et les connections hépatiques ont été souvent méconnues.* » C'est là ce qui constitue ce que König appelle la forme nodulaire de la syphilis hépatique. Ces portions de

parenchyme en saillie sont en général très dures de consistance, et arrivent dans les cas extrêmes à pouvoir être mobilisées aisément à la main.

Dans cette même forme scléro-gommeuse, ou mieux encore dans la forme gommeuse pure, on peut trouver des gommès superficielles, ou très près de la surface. Elles apparaissent à la coupe sous forme de nodules circonscrits par une coque fibreuse ; si elles touchent la capsule de Glisson, celle-ci est épaissie à leur contact et il y a une légère réaction péritonéale. Ces gommès sont jaunâtres, remplies d'une masse caséuse, cependant leur consistance est ferme en général. Leurs dimensions varient du volume d'un pois à celui d'un œuf. Un cas remarquable en est rapporté par Ceccarelli.

On comprend aisément que de telles formations puissent faire errer le diagnostic, tout particulièrement en ce qui concerne les formes scléro-gommeuses, très profondément sillonnées, ou pédiculées. Les signes physiques : inspection, palpation, percussion ne permettent pas de différencier une syphilis hépatique de ce type d'avec n'importe quelle tumeur du foie cancer, adénome. Il n'y a d'ailleurs qu'à considérer les observations que nous rapportons plus loin pour être fixé à ce sujet. La syphilis à forme pseudo-tumorale est fréquente, plus qu'on ne le croit, et doit toujours être soupçonnée.

Sur quels autres signes allons-nous nous baser pour affirmer la syphilis et écarter l'adénome ?

Tout d'abord l'interrogatoire pourra révéler des

antécédents spécifiques qui aiguilleront le clinicien sur la voie du bon diagnostic.

Il révélera un début insidieux et une marche lente de l'affection, ce qui d'ailleurs est commun dans le cas d'adénome, sauf en ce qui concerne les adéno-épithéliomes. Puis l'on trouve les symptômes suivants qu'on ne rencontre pas dans les cas d'adénomes solitaires :

Augmentation en masse du foie, qui devient très dur avec une surface irrégulière.

Hypertrophie de la rate, qui associée au foie gros et irrégulier, est hautement significative, comme le dit Favre.

Ascite, peu constante et peu abondante.

Fièvre, très variable et non constante.

Troubles hépatiques fréquents, l'ictère est en général léger, on observe des hémorragies gastriques, intestinales, épistaxis. Urobilinurie.

Troubles digestifs nets : anorexie, digestions pénibles, parfois vomissements.

On recherchera en outre systématiquement les stigmates et les accidents syphilitiques : plaques muqueuses, lésions cutanées, lésions osseuses, étude des réflexes, recherche du signe d'Argyll-Robertson, recherche des signes d'aortite.

Enfin l'on pratiquera les examens de laboratoire habituels : Réaction de Wassermann, examen du liquide d'ascite, etc...

En dernier lieu, si l'on hésite encore, il faudra tenter le traitement d'épreuve qui est, comme nous le verrons plus loin, le suprême moyen de diagnostic.

En ce qui concerne la syphilis héréditaire, on a décrit également des formes pseudo-tumorales. Elles se voient plutôt chez l'enfant d'un certain âge que chez le nouveau-né. Ces lésions sont surtout dues à des gommes de volume en général petit, une noix à peu près ; Coupland en a décrit une, occupant tout un lobe. Avant de penser chez des enfants à la présence d'une tumeur, adénome par exemple, il faudra chercher les signes concomitants de syphilis héréditaire :

Ventre ballonné avec ascite (non constante).

Foie dur, grosse rate.

Mauvais aspect général, enfant chétif, anémique, triade d'Hutchinson.

Notions de troubles cutanés, ictère, coryza à la naissance.

Si ces signes sont absents, on devra alors seulement songer à une tumeur, car étant donné la fréquence de la syphilis, c'est elle qui doit tout d'abord retenir l'attention du clinicien.

Nous venons de passer en revue les symptômes qui permettent, en présence d'une tuméfaction hépatique ou juxta-hépatique, de penser à une affection syphilitique. Malheureusement, dans la pratique courante, tous ces éléments ne sont pas constamment réunis, ou sont si peu marqués que le diagnostic ne peut toujours être porté. Nous allons d'ailleurs rapporter dans les pages qui vont suivre un certain nombre de cas où la syphilis pseudo-tumorale fut confondue avec d'autres affections hypertrophiantes du foie.

Steiner, dans sa thèse, nous rapporte plusieurs

observations de ce genre, qu'il emprunte en partie au rapport de Terrier et Auvray et à celui de Legen au Congrès de chirurgie de Paris, en 1901. Voici quelques-unes de ces observations :

HOCHENEGG et ALBERT (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 1890) :

Femme de 27 ans, souffrant depuis un an de douleurs vives dans la région sous-costale droite. Six mois plus tard apparaît une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, à ce niveau. Les douleurs sont intolérables. La masse est dure, unie, légèrement mobilisable, s'abaissant à l'inspiration. On diagnostique : *tumeur du foie*. On fait une laparotomie. La tumeur est attirée au dehors et avec des instruments mous-
ses on énuclée la masse hors du parenchyme hépatique. L'examen montre qu'il s'agissait d'une volumineuse gomme du foie de 8 centimètres de diamètre. La malade a parfaitement guéri.

TILMANS (1890) :

Femme de 40 ans, présentant un mauvais état général, sans signe de syphilis. Elle présentait une masse dans l'hypocondre droit. On diagnostique : *sarcome du foie*. A l'intervention, on trouve une tumeur du volume d'un œuf d'oie, que l'examen microscopique montra être de nature spécifique.

BASTIANELLI (*Policlinico*, 1895) :

Femme de 37 ans, présentant dans le côté droit de l'abdomen une tumeur paraissant appartenir au rein. Elle se mobilisait aisément à la main et lors de la respiration. On

diagnostique : *Néoplasme du foie*. On fait une incision abdominale et l'on trouve une masse ovoïde grosse comme deux poings et rattachée à la face inférieure du foie. On pratique l'ablation. La tumeur était une gomme de 750 grammes. La guérison fut parfaite.

D'autres observations, empruntées à différents auteurs français et étrangers, sont tout autant démonstratives. Nous avons relevé les plus remarquables d'entre elles :

KONIG (*Berlin Klin Wolch*, 1905) :

Femme de 23 ans, souffrant du foie et des reins depuis plusieurs années. Elle présente une tumeur occupant l'hypochondre et le flanc droit, ballottant d'avant en arrière. On ne peut décider si elle appartient au foie ou au rein. On intervient par voie lombaire et on ne trouve rien d'anormal. On intervient par voie antérieure et on trouve une masse grosse comme deux poings émanant du lobe hépatique droit. Cette tuméfaction est déprimée circulairement et comme pédiculée à sa base ; elle est irrégulière, parsemée de nodules arrondis et durs, de dimensions variables. On admet un néoplasme secondaire du foie. Or, la malade fut ultérieurement soumise à un traitement anti-syphilitique et tout disparut.

Konig rapporte en outre deux autres cas de pseudo-tumeurs syphilitiques du foie et qui furent prises l'une pour une tumeur rénale, l'autre pour un kyste hydatique du foie.

LEJARS (*Semaine Médicale*, 11 mars 1914) :

OBSERVATION I

Femme de 30 ans, très amaigrie, ictérique, présentant des crises douloureuses intenses dans la région sous-hépatique. On note de brusques ascensions thermiques à 39°. Sous le

bord antérieur du foie, on perçoit une masse arrondie, grosse comme une orange, de consistance ferme et très sensible. Est-ce une cholécystite calculeuse avec péricholécystite ? On intervient et l'on trouve une tumeur blanchâtre faisant corps avec le bord antérieur du foie. La vésicule est normale et le reste du foie sain. On pense à une tumeur maligne. On referme et on porte un mauvais pronostic. L'état général s'améliore peu à peu. Dix mois après, la malade présente une gomme du tibia et le traitement fait disparaître complètement la tumeur.

OBSERVATION II

Jeune femme présentant une tumeur arrondie de la fosse iliaque droite, se continuant avec le foie. On pense à *un rein ptosé*. L'intervention ne montre pas grand'chose ; puis, la masse ayant grossi, on pense à un *kyste hydatique*. Les examens de laboratoire montrèrent un Wassermann positif et un Weinberg négatif. On fait un traitement anti-syphilitique.

OBSERVATION III

Malade présentant une tumeur débordant sous les fausses côtes droites. On pense à un *kyste hydatique*. Les réactions de laboratoire sont pratiquées et sont toutes trouvées positives. On intervient ; on trouve un lobe gauche dur, violacé, parsemé de gros nodules. On pratique un traitement anti-syphilitique qui fait tout disparaître.

DENÉCHAU (*Société Méd. des Hôpitaux*, 1923) :

Homme de 44 ans ayant eu une poliomyélite antérieure aiguë. Il avoue un gros éthylisme, mais nie la spécificité. Marié, sa femme n'a pas eu de fausse couche, un enfant bien portant.

Le 15 mai 1922, il est pris de douleurs violentes au creux de l'estomac avec irradiations dans le flanc droit. Il se couche, vomit avec effort. La température est normale, et des crises identiques reparaissent les jours suivants, sans température, ni ictère. On pense à *des coliques hépatiques*. En juin 1922, nouvelles crises. Peu à peu le malade maigrit, présente de l'anorexie. Le ventre se ballonne. On perçoit alors dans la région sous-hépatique une masse qui grossit. On porte alors le diagnostic d'*ulcère gastrique calleux avec péri-gastrite*. On met de la glace, la masse continue à augmenter, elle siège entre le foie et l'estomac. La radioscopie de l'estomac montre un fonctionnement normal. Un chirurgien consulté diagnostique : *Néoplasme gastrique propagé au foie*, et refuse d'intervenir. On fait quelques piqûres mercurielles, qui restent sans résultat. L'état général déclinant, la notion de cancer paraît s'imposer.

A un nouvel examen, en présence de la splénomégalie, de l'absence d'ascite, de la dureté hépatique, des douleurs réitérées, le médecin ordonne un traitement intensif par des piqûres d'Héctine-B. L'état général s'améliore très vite. En huit semaines le malade a récupéré son état antérieur et reprend son travail. La tumeur a disparu.

OBSERVATION II

Homme de 39 ans, se plaignant de troubles gastriques. Rien d'anormal dans ses antécédents. Depuis une quinzaine d'années, il présente une gêne persistante à l'hypocondre droit avec, parfois, des crises douloureuses intenses, sans irradiation. Le sujet se découvre, en 1918, une masse qui dépasse les fausses côtes droites, qui est dure et peu douloureuse. Le médecin pense à une tumeur du foie et propose une intervention, qui est refusée. En 1922, les phénomènes reparaissent plus intenses, avec débâcles diarrhéiques et gonflement à l'épigastre. Pas de vomissements, température à 38°. Le teint rappelle celui des cancéreux. Le thorax est très amaigri, l'abdomen distendu à sa partie supérieure. Le palper montre que c'est le foie qui soulève la paroi. On a une masse

globuleuse débordant l'ombilic de deux doigts et mesurant 23 centimètres de hauteur. Le bord est lisse et régulier. La rate est volumineuse, aisément palpable et mesure 14 centimètres de haut. On pense à un cancer ou à la syphilis. Le malade avoue alors avoir eu la syphilis à 24 ans et ne s'être presque pas soigné. Le Bordet-Wassermann est très positif. On commence un traitement au novarsenobenzol qui, très rapidement, améliore l'état général. La tuméfaction disparaît, la rate reste un peu grosse.

DUVAL et CATHALA :

Jeune fille de 17 ans, présentant une tumeur de la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal la situe dans le cul-de-sac droit. On ne porte pas de diagnostic ferme et on pratique une laparotomie. On tombe sur une masse entourée d'une capsule gris-bleutée qui se détache de la face inférieure du foie par une large insertion. Le reste du foie présente une allure et une consistance normales. On porte alors le diagnostic *d'adénome pédiculé du foie*. On enlève la masse en pratiquant une légère résection hépatique. La malade meurt, vingt-deux heures après l'intervention, d'insuffisance hépatique aiguë. A l'examen histologique on a, suivant les points examinés, deux aspects différents :

D'une part : Aspect de foie hérédo-syphilitique.

D'autre part : Aspect de foie adénomateux avec travées hépatiques épaisses formées de cellules claires hypertrophiées dessinant une mosaïque irrégulière sans ordination et sans tendance à l'enroulement.

SILHOL (*Société de Chirurgie*, juillet 1923) :

Femme de 27 ans, présentant depuis cinq mois une tumeur à l'épigastre et au niveau de l'hypocondre gauche. Elle soulève un peu les téguments, son volume est celui d'une grosse orange. A la palpation, la masse est peu accessible, arrondie, dure, régulière, avec une légère mobilité dans tous les sens.

Sa matité se continue avec celle du foie. La tumeur est indolente, ne donne pas le contact lombaire. La radioscopie montre que la tuméfaction est indépendante de l'estomac. On cherche les réactions de Weinberg, réaction négative, et de Wassermann, réaction positive.

A l'intervention, on trouve une masse de couleur jaune, un peu pâle, très dure. Le reste du foie semble normal. Pas d'ascite, ni d'adhérences. On pratique une ablation par résection cunéiforme. Guérison. L'examen histologique montre :

Texture fibroïde, présence de nombreux plasmocytes ; lésions scléreuses ; foyers de dégénérescence, péricapillarite.

Cancer du foie et adénome

Nous n'envisageons dans ce paragraphe que les rapports entre les cancers du foie et les adénomes solitaires malins. Ces derniers passent, nous le savons par deux phases : la première, période d'enkystement, permet une intervention efficace ; la deuxième, période de généralisation, voit l'adénome devenir un cancer de haute malignité et se présenter comme un cancer nodulaire primitif du foie. Or le cancer hépatique diagnostiqué est incurable chirurgicalement ou médicalement, alors que l'adénome enlevé à temps peut ne pas récidiver ; d'où l'importance de ce diagnostic différentiel.

Malheureusement, il est difficile de prouver cliniquement qu'il s'agit uniquement de cancer, ou uniquement d'adénome. La symptomatologie est à peu près identique dans les deux cas, plus intense toutefois dans le cas de cancer. Mais il résulte de l'étude de la plupart des observations que la durée de l'évolution

est très longue pour l'adénome (20 ans dans le cas de Groube) et considérablement abrégée pour le cancer.

Dans le cas de néoplasme primitif les signes fonctionnels débutent bien avant la constatation nette d'une tuméfaction hépatique. Ce sont des douleurs intenses et très précoces, des troubles digestifs variés dont l'intensité augmente de jour en jour, l'amaigrissement qui s'accroît rapidement. Le foie augmente alors de volume et cette hépatomégalie progresse très vite, ce que l'on ne trouve pas dans l'adénome. Puis les troubles généraux s'accroissent : vomissements, diarrhée, subictère, insuffisance hépatique, cachexie.

Lorsque l'adénome évolue depuis un certain temps et qu'il donne des troubles généraux peu accentués encore, le seul moyen de diagnostic que nous avons à notre disposition pour éliminer le cancer c'est la présence d'une tuméfaction nette, déjà assez volumineuse, qui existe depuis assez longtemps et qui n'augmente que très lentement de volume.

En réalité, la question de ce diagnostic est un cas d'espèce. Si le chirurgien hésite devant une symptomatologie qui n'est pas franchement de type néoplasique, s'il a des doutes sur la nature de l'affection, la logique veut qu'il intervienne. Nous dirons que dans de tels cas, toutes les fois que l'état du malade le permettra, il faudra tenter une laparotomie exploratrice. On pourra ainsi arriver assez tôt, le cas échéant, pour enlever un adénome malin, et en prévenir une généralisation ultérieure.

C'est un tort à notre sens, et nous ne faisons ici qu'approuver les idées de Cathala, de porter trop hâti-

vement le diagnostic de cancer du foie, et repousser ainsi toute intervention. Le chirurgien doit savoir oser et obtiendra, peut-être plus souvent qu'on ne le croit, de remarquables succès.

Il est une forme particulière de tumeurs que nous devons signaler ici, c'est l'adéno-cancer du foie avec cirrhose, qui l'an dernier a fait l'objet de la thèse du Docteur Serres, travail inspiré par le Professeur Favre, qui avait déjà étudié la question ⁽¹⁾. Dans ces cas, un des signes les plus importants c'est la douleur continue, intense, spontanée, due, soit à de la périhépatite, soit à une distention des zones hépatiques sclérosées. La maladie se manifeste par la douleur d'une part et des signes de cirrhose d'autre part. La syphilis paraît pouvoir souvent déclancher ce processus, à la fois d'inflammation et de néoplasme.

Affections hépatiques diverses et adénome

Nous allons brièvement passer en revue toutes les affections hépatiques qui, indépendamment de celles citées plus haut, peuvent donner une symptomatologie pseudo-tumorale, et prêter à confusion avec l'adénome solitaire.

I. — LA TUBERCULOSE HÉPATIQUE.

Au niveau du foie la tuberculose peut donner une forme nodulaire, se manifestant par de petites tumé-

1. FAVRE et DECHAUME, *Adénome et Inflammation* (*Journal de Médecine de Lyon*, Décembre 1928).

factions, qu'on ne peut d'ailleurs confondre avec une tumeur. Mais il existe également une tuberculose lobaire du foie. Laurent, dans le *Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris* du 21 décembre 1928, en a rapporté un cas qui fut diagnostiqué *Adénome du foie*. Mais le cas fut difficile puisque les examens pratiqués n'ont pu donner de certitude. Microscopiquement, il s'agissait d'un adénome simple qui présentait deux particularités :

1° Persistance de canalicules biliaires ;

2° Existence, en divers points, de tubercules « ...formés soit de cellules épithélioïdes seules, soit de cellules épithélioïdes et cellules géantes groupées à la manière de tubercules typiques et présentant des ébauches de caséification centrale ». On n'a pu trouver de bacilles de Koch dans ces coupes.

C'est là un cas exceptionnel, et l'on peut bien dire que tuberculose hépatique à forme pseudo-tumorale n'est pas un diagnostic à porter.

II. — LES CYSTO-ADÉNOMES DU FOIE.

On en connaît plusieurs cas rapportés par Costantin et Boucher ⁽²⁾, Margarucci ⁽³⁾(Johnes ⁽⁴⁾), et plus récemment par Zeno, Cid et P. Mathieu ⁽⁵⁾. Le cysto-adénome se manifeste par une tumeur à la face inférieure du foie, mate à la percussion et donnant une sensation de fluctuation, qui a une importante valeur

2. *Journal de Chirurgie*, 1923, tome XXI.

3. *Il policlinico chirurgica*, 1922, tome XXIX, et 1923, tome XXI.

4. *Annals of Surgery*, 1923, tome LXXVIII.

5. *Bulletin Société Nationale de Chirurgie*, 1930, tome LVI.

diagnostique. On fait souvent la confusion avec le kyste hydatique. Au point de vue anatomo-pathologique, les cysto-adénomes forment des cavités renfermant un liquide clair ou sanguinolent. La paroi contient des formations adénomateuses, formant des cryptes ; on y trouve des lésions de dégénérescence adipeuse, pigmentaire ou scléreuse. Il s'agit là, sans doute, comme le pense le Professeur Letulle, de véritables dysembryomes. Le traitement est la résection totale de la paroi kystique.

Le diagnostic de ces formations est très difficile, seule la sensation de fluctuation peut mettre sur la voie.

III. — LES AFFECTIONS VÉSICULAIRES.

La vésicule biliaire peut s'hypertrophier dans bien des cas : hydropisie vésiculaire consécutive à une oblitération du cystique sans inflammation ; cholécystite lithiasique à forme hydropique intermittente (Professeur Villard) ; cancer des voies biliaires.

On peut aisément confondre une tumeur du foie, et surtout un adénome, avec une vésicule hypertrophiée, tout particulièrement si le sujet a des antécédents lithiasiques.

Moulonguet a rapporté l'observation ⁽⁶⁾ d'une femme qui présentait une masse piriforme, attenante au foie, mobile avec la respiration, légèrement mobilisable. Douleurs et crises d'étouffement au moment des repas. On porte le diagnostic d'hydro-cholécystite. On intervient et l'on trouve un adénome encapsulé du foie.

6. *Société Anatomique de Paris*, 4 juillet 1929.

Le diagnostic de cholécystite fut plusieurs fois porté dans des cas d'adénomes reconnus à l'intervention. Les observations de Tuholske, de Garnett-Wright, publiées respectivement aux Etats-Unis et en Angleterre, celle de Ceccareli, en sont la preuve.

Il est évident que chez un sujet à antécédents lithiasiques, il faudra songer d'abord à une affection vésiculaire, et ce n'est qu'ensuite qu'on envisagera la possibilité d'une tumeur et particulièrement d'un adénome. Malheureusement, la symptomatologie de l'adénome solitaire n'a pas une netteté et une constance telles qu'on puisse trancher aisément ces difficultés de diagnostic différentiel.

IV. — LE KYSTE HYDATIQUE

On a parfois confondu adénome et kyste hydatique, et cela s'explique aisément, car tous deux ont la même symptomatologie physique, les troubles fonctionnels peuvent être identiques. En faveur de l'échinococcose, nous avons bien quelques signes tels que l'urticaire, le dégoût des aliments gras, qui ne sont pas toujours présents. Le frémissement hydatique peut lui-même faire défaut.

Si l'on hésite, il faut pratiquer la réaction de déviation du complément de Weinberg, l'intra-dermo réaction au liquide hydatique ; rechercher l'éosinophilie sanguine. En tous cas, même si les réactions sont négatives, il vaut mieux porter le diagnostic de kyste hydatique que celui d'adénome, étant donné la fréquence respective de ces deux affections.

Il existe une observation remarquable où un adé-

nome fut diagnostiqué kyste hydatique. C'est le cas de Von Bergmann.

V. — ANGIOME DU FOIE

L'angiome, affection rare, peut se présenter parfois comme une tumeur primitive du foie. Cette tumeur est en partie réductible, animée de battements. Elle augmente de volume lors des efforts. On perçoit un souffle à l'auscultation. L'ensemble donne une symptomatologie qui ne permet pas la confusion avec l'adénome.

VI. — LA CIRRHOSE

La cirrhose est, en règle générale, répartie dans l'ensemble du foie. On a observé des cas où le processus se localisait en une seule région de l'organe et simulait une tumeur. Tel est le cas rapporté par Walther ⁽⁷⁾ :

Homme de 21 ans, porteur depuis un an d'une tumeur considérable, paraissant faire corps avec le foie. Elle est dure, bosselée. Les réactions de Wassermann et de Weinberg sont négatives à deux reprises. Traitement d'épreuve sans résultat. On diagnostique : *adénome*. A l'intervention, on trouve une tumeur solide occupant tout le lobe gauche, on résèque. L'examen histologique montre qu'il s'agit « *non point d'un adénome vrai, mais d'une cirrhose hypertrophique parcellaire, véritable cirrhose enkystée* ».

7. WALTHER, *Société de Chirurgie*, juillet 1913.

De tels cas sont trop rares pour qu'on puisse les diagnostiquer.

Affections extra-hépatiques et adénomes

I. — PANCRÉAS

..

Le pancréas, outre le cancer qui peut donner une tuméfaction sensible, présente des tumeurs kystiques. On a pu confondre kyste pancréatique et tumeur hépatique, vu la proximité de ces deux viscères. Starr avait porté le diagnostic de kyste du pancréas chez une femme qui était porteur d'un dysembryome hépatique simple.

Le diagnostic différentiel est difficile. On s'attachera surtout à l'absence de troubles hépatiques ; l'insufflation de l'estomac permet un repérage assez précis sous l'écran radioscopique.

II. — REIN

Il est souvent difficile de séparer, par le palper abdominal et la percussion, ce qui revient au foie et ce qui revient au rein, et on a l'occasion de prendre pour une tumeur rénale une tuméfaction hépatique. Les procédés d'examen propres au rein, tels que contact lombaire, ballottement rénal peuvent eux-mêmes être en défaut, si l'on a un adénome pédiculé très mobilisable. C'était le cas dans les observations de Grey Turner et de Keen. Cela est rare, d'ailleurs.

De nombreuses lésions rénales hypertrophiantes peuvent simuler une tumeur hépatique.

L'hydronéphrose prête bien à confusion, car le rein étant très augmenté, quitte la région lombaire pour venir dans l'abdomen, et l'on n'a plus ni ballotement, ni contact lombaire. Il peut y avoir disparition, étant donné le volume de la tumeur, de la zone de sonorité, entre le foie et la masse. La radiographie, le cathétérisme des uretères seront précieux pour le diagnostic.

Le sarcome du rein peut prêter également à erreur, surtout chez les jeunes sujets. L'observation de Grey Turner est caractéristique : le sujet avait une masse dans l'hypocondre droit, des crises douloureuses violentes, sans troubles intestinaux ou urinaires. On percevait un ballotement net. On diagnostique sarcome du rein droit ; on intervient, et on trouve une tumeur du lobe droit du foie. L'examen histologique montre un type normal d'adénome. Dans de tels cas où l'on hésite entre foie et rein, il faut s'attacher surtout aux troubles urinaires, déceler les hématuries ; et aux douleurs violentes, bien plus intenses que dans une tumeur hépatique ; enfin le cathétérisme peut être très utile.

Le rein mobile peut aussi créer une confusion. Une tumeur très pédiculée peut être prise pour un rein ptosé, ce fut le cas dans l'observation de Keen.

Nous venons de voir que plusieurs affections rénales peuvent être confondues avec une tumeur hépatique.

Dans le doute, il vaudra mieux penser à une affection rénale qu'à un adénome infiniment plus rare.

III. — EPIPLOON

L'épiploon peut être le siège de kystes, de tumeurs solides, toutes mobilisables. On peut donc les confondre avec des tumeurs hépatiques, car si elles sont situées au voisinage de l'organe, elles s'abaissent avec la respiration, leur matité se continue avec celle du foie. On connaît des cas où, devant des tumeurs très mobiles, on pensa, de ce fait, à une affection de l'épiploon et, à l'intervention, on trouva un adénome hépatique à long pédicule. Un cas fut observé par Hartmann, et déjà, en 1887, Liez et Escher avaient diagnostiqué une tumeur de l'épiploon chez une femme qui, à l'intervention, fut reconnue porteur d'une masse du volume d'une tête d'enfant, reliée à la face inférieure du foie par un long pédicule. L'examen montra qu'il s'agissait d'un adénome bénin.

On pensera de préférence à une tumeur de l'épiploon lorsqu'on trouvera une masse très mobilisable.

IV. — OVAIRE

On pourra penser à un kyste de l'ovaire si la masse descend très bas. On pratiquera le toucher, on cherchera la dysménorrhée.

Le diagnostic au cours des complications

Au cours de leur évolution, nous l'avons vu, les adénomes peuvent se rompre. On a alors la sympto-

matologie d'une crise abdominale aiguë, ou celle d'une hémorragie interne. Franck Kidd a conclu une fois à une appendicite dans un cas de cet ordre. Ph. Turner, chez une femme de 29 ans, avait diagnostiqué rupture de grossesse extra-utérine, la malade présentant tous les signes d'une inondation péritonéale. Le cas récemment rapporté par M. Gosset avait conduit au diagnostic de torsion de tumeur abdominale, peut-être un kyste hydatique pédiculé du foie ou un kyste de l'ovaire, pédiculé.

D'autres crises aiguës abdominales peuvent prêter à confusion, par exemple une crise de cholécystite suppurée. Il est bien évident que, dans de tels cas, on ne va pas penser à l'adénome du foie.

La conduite à tenir

Nous venons, dans les pages qui précèdent, de passer en revue toute une série d'affections, pour la plupart infiniment plus fréquentes que l'adénome solitaire du foie. Et, comme nous le disions au début, nous pouvons les ranger en deux groupes inégaux. L'un chirurgical, les comprenant presque toutes ; l'autre médical, renfermant la syphilis. Il est bon, après avoir étudié le diagnostic différentiel, de songer à la conduite à tenir, si l'on hésite entre le diagnostic d'adénome et celui d'une affection plus haut citée.

Deux cas sont à considérer :

Supposons que le malade soit gravement atteint.

Son état général est mauvais ; il présente des douleurs, des troubles digestifs ; la cachexie va augmentant. Devant un tel tableau, si l'on perçoit une tuméfaction hépatique, on diagnostique cancer du foie. La règle est de s'abstenir. C'est alors qu'il faudrait penser à l'adénome, surtout si la symptomatologie ne s'aggrave pas trop rapidement, si l'on ne trouve pas autre part des lésions cancéreuses. L'intervention peut alors être discutée ; si l'on opère et si l'on trouve un adénome, on sauve la vie du patient. C'est le cas des observations de Starr, Keen, Gray Turner qui intervinrent chez des sujets déjà cachectiques. Il serait donc souhaitable que, dans de tels cas, le chirurgien soit audacieux et aille constater de visu la lésion et, le cas échéant, l'enlève. Caumartin dit très justement : « ... il est indispensable d'élargir le champ de la laparatomie exploratrice... ». Nous souscrivons pleinement à cette manière de voir et, puisque le malade est perdu de toute façon si l'on n'intervient pas, mieux vaut encore risquer une opération qui, dans les cas, malheureusement trop rares, d'adénome, lui sauvera la vie.

Supposons maintenant un cas à symptomatologie très restreinte, où parfois on a simplement une tuméfaction hépatique. Que faut-il faire ?

Avant tout et avant de recourir aux soins chirurgicaux, il faudra éliminer la syphilis. C'est elle qui, nous l'avons vu, donne au maximum ces foies bosselés, ces pseudo-tumeurs qui font errer le diagnostic et qui ont fait employer le bistouri là où un traitement spécifique eût fait merveille. Les cas de Lejars, Kœnig, Bastia-

nelli le prouvent bien. Il est vrai que Mac Laren et Koenig ont posé l'indication d'ablation des tumeurs syphilitiques du foie. Cela semble paradoxal et ne paraît guère pouvoir s'envisager qu'après des échecs répétés du traitement spécifique.

Il faut donc, par tous les moyens, dépister la syphilis : antécédents héréditaires et personnels, signe d'hérédo-spécificité, les fausses couches, les éruptions cutanées suspectes, les lésions actuelles extra-hépatiques : cœur, muqueuses, etc... Les réactions de laboratoires sont indispensables. Si l'on hésite encore, on fera un traitement d'épreuve ; notons toutefois que Koenig dit que celui-ci n'agit pas toujours sur ces formes. Le traitement se fera ici tout particulièrement avec les sels de mercure, moins nocifs pour un foie altéré que les arsenicaux ; on pourra simultanément donner des iodures. On pourra, à la rigueur, donner des arsenicaux, mais avec prudence et cesser leur administration si l'ictère apparaît.

Si les recherches de dépistage de la syphilis ne nous ont rien montré, si le traitement d'épreuve n'a rien donné, qu'allons-nous faire ?

Nous pouvons dire que devant une tumeur hépatique ou parahépatique qui n'entre pas dans les deux cas précédemment envisagés, il faut sans hésiter pratiquer une laparatomie exploratrice. Le diagnostic hésite entre l'adénome et l'une des affections chirurgicales envisagées plus haut. Il faut intervenir le plus tôt possible. On peut ainsi surprendre une tumeur au début d'une évolution maligne. En tous cas, on peut ainsi extirper une tuméfaction gênante qui, si

elle ne donne pas actuellement de grands troubles, n'en est pas moins une menace pour l'avenir. Il n'est pas permis d'augurer d'un état bénin actuel une bénignité future. Un adénome bénin est un état pré-cancéreux et constitue un point d'appel à la cancérisation, comme l'a montré Cathala. De plus, même sans se canc riser, un adénome peut, du fait de son évolution, amener des troubles fonctionnels assez graves, des accidents de rupture qui justifient largement une intervention vraiment prophylactique.

La technique de ces interventions a été exposée tout au long dans la thèse de Caumartin. On pratique une résection large, en faisant passer la section en plein tissu hépatique pour éviter les récidives. Les contre-indications d'intervenir sont l'insuffisance hépatique et la multiplicité des noyaux.

IV. — Si l'on a pu écarter la syphilis, il faudra être aussi interventionniste que possible, puisque la plupart des affections simulant l'adénome, au point de vue clinique, sont, tout autant que lui, justiciables d'une intervention. On peut, en intervenant assez tôt, prévenir une évolution maligne ultérieure.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- AUBERTIN. — Adénome malin du foie. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 2 juin 1930.
- BRAULT. — Quelques variétés rares de syphilis hépatique. *Académie de Médecine*, 3 mai 1910.
- BRAULT et LEGRY. — Article foie. In *Cornil et Ranvier*, 3^e édition.
- CATHALA. — Adénome solitaire du foie. *Thèse Paris*, 1921.
- Adénome solitaire du foie. *Paris Médical*, 22 décembre 1923.
- CATHALA et DELAGENIÈRE. — Adénome du foie sans cirrhose. *Ann. Médecine*, mai 1926.
- CATHALA et GARNIER. — Néoplasmes du foie. In *Widal et Teissier*, tome XVI.
- CASTAY. — Syphilis hépatique à forme de tumeur. *Monde Médical*, 1^{er} septembre 1925.
- CAUMARTIN. — L'adénome solitaire du foie au point de vue chirurgical. *Thèse de Paris*, 1929.
- CAYLA et HUGUENIN. — Dysembryome hépatique simple. *Bull. Ass. Franç. du Cancer*, mai 1927.
- DUVAL. — Adénome solitaire nodulaire du foie. *Soc. chirurgie*, avril 1920.
- DÉNÉCHAN. — Syphilis du foie à forme chirurgicale. *Soc. Méd. Hôp.*, avril 1923.
- ENGELHARDT. — Uber das multiple und solitare adenome der leber. *Deutsche archiv. fur Klin. Mediz*, 1898.
- FAVRE. — La syphilis du foie. In *Traité path. méd. de Sergent*, 1921.
- GILBERT et DERIGNAC. — Cancer adénoïde du foie. *Gaz. Méd. Paris*, 1884.

- GOSSET, PETIT-DUTAILLIS et LONGUET. — Adénome solitaire du foie à pédicule tordu. *Bull. Soc. Nat. de Chirurg.*, 2 juin 1930.
- HARTMANN (H.). — Adénome du foie. Cholécystite. Cholécystectomie. *Soc. Chirurg.*, avril 1920.
- HANOT et GILBERT. — Etude sur les maladies du foie, 1888.
- KEEN. — *Boston Medical and Surgical Journal*, 1892.
- KELSCH et KIENER. — Contribution à l'histoire de l'adénome du foie. *Archives de physio. normale et pathol.*, 1876.
- KONIG. — *Berlin Klin. Wochensch.*, 6 février 1905.
- LANCEREAUX. — Contribution à l'étude de l'hépatoadénome. *Gazette Méd. de Paris*, 1867.
- LECÈNE. — Un cas d'adénome solitaire volumineux du foie. *Revue de gynéc. et chirurg. abdom.*, décembre 1912.
- Adénome solitaire et nodulaire du foie. *Soc. chirurg.*, mai 1925.
- LEJARS. — Les tumeurs syphilitiques du foie. *Semaine Méd.*, mars 1914.
- MATHIEU. — *Bull. Soc. Nat. de Chirurg.*, 1930, N° 12.
- MARTIN (J.-F.) et CROIZAT. — Les tumeurs solitaires du foie. *Journal de Méd. de Lyon*, décembre 1929.
- MONIER-VINARD. — Sur un nouveau type de tumeur primitive du foie : l'hépatome. *Thèse Paris*, 1910.
- MOULONGUET. — Adénome solitaire bénin du foie. *Annales Anath. Path.*, juillet 1929.
- PARCELIER et FROMAGET. — Contribution à l'étude des néoplasmes du foie à foyers originels multiples. *Arch. Méd. Exper.*, mars 1912.
- PEYRON et CORSY. — Sur l'origine et l'histogénèse des tumeurs du foie. *Bull. Ass. Franç. du Cancer*, décembre 1924.
- RENON, GÉRAUDEL et MONIER-VINARD. — L'hépatome, tumeur primitive du foie. *Presse Médicale*, janvier 1910.
- RILBERT. — Adénome malin du foie. *Deutsch. Mediz. Woch.*, 1911, p. 143.
- ROSSI. — Adénomes solitaires congénitaux du foie. *Tumori*, octobre 1923.
- SABOURIN. — Essai sur l'adénome du foie. *Thèse Paris*, 1881.
- SILHOL. — *Société de Chirurgie*, 4 juillet 1923.

- STARR. — Hypernephrom in the folds of the falciform ligament of the liver. *Annals of Surgery*, septembre 1917.
- TUHOLSKE. — Adénome du foie. *American Journal of Surgery*, 1912, p. 52.
- TURNER. — Exérèse d'un adénome du foie, rompu spontanément, avec hémorragie. *Soc. Méd. de Londres*, février 1923.
- ZENO. — *Bull. Soc. Nat. de Chirurg.*, 1930, N° 11.
-

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	7
<i>Historique</i>	9
<i>Rappel Anatomo-Pathologique</i>	15
<i>Observations</i>	19
<i>Etude clinique</i>	33
<i>Le Diagnostic différentiel</i>	39
<i>Syphilis hépatique</i>	40
<i>Cancer du foie</i>	50
<i>Affections hépatiques diverses</i>	52
<i>Affections extra-hépatiques</i>	57
<i>Complications</i>	59
<i>La conduite à tenir</i>	60
<i>Conclusions</i>	65
<i>Bibliographie</i>	67



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON ,

LYON



